
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES MENTAUX CONSÉCUTIFS

AUX

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

THÈSE**POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE***Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Juillet 1896, à 3 heures.*

PAR

ADRIEN SEELIGMANN

INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

Né le 14 février 1872, à Saint-Aubin-Jouxte-Boulleng (Seine-Inférieure).

Examineurs: { MM. WEISS, président.
DEMANGE, professeur.
ZILGIEN, agrégé.
SCHUHL, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY**IMPRIMERIE CRÉPIN-LEBLOND, 21, RUE SAINT-DIZIER**

(PASSAGE DU CASINO)

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0025

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES MENTAUX CONSÉCUTIFS
AUX
OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Juillet 1896, à 3 heures.

PAR

ADRIEN SEELIGMANN

INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

Né le 14 février 1872, à Saint-Aubin-Jouxte-Boulleng (Seine-Inférieure).

Examineurs: { MM. WEISS, président.
DEMANGE, professeur.
ZILGIEN, agrégé.
SCHUHL, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE CRÉPIN-LEBLOND, 21, RUE SAINT-DIZIER
(PASSAGE DU CASINO)

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I .

Doyen honoraire : M. TOURDES O  I .

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O  I  COZE  I  HERRGOTT  I 
HECHT  I  BEAUNIS  I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM  I  professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS  I  professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER. I  professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN. I  professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH. I  professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS. I  professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER. I  professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN. I  professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT. I  professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE. I  professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ. I  professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT. I  professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN. I  professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS. I  professeur.
Physiologie.....	M. MEYER. A  professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON. I  professeur.
Histologie.....	M. PRENANT. A  professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN. A  professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER. I  agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards..	M. P. PARISOT. A  agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER. A  agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER. A  agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL. agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN. A  .	MM. ETIENNE.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER. A.  .	ZILGIEN.	JACQUES.
FÉVRIER. A  .	GUILLOZ.	LAMBERT.
	FROELICH.	

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN,  I  ROHMER. I  VAUTRIN. A 
REMY. A  P. PARISOT. A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS,  A  Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON CHER AMI, LE COMMANDANT BLOCH

Du 155^e Régiment d'infanterie.

Souvenir d'affection et de reconnaissance.

MEIS & AMICIS

AVANT-PROPOS

Dans les amicales causeries qui suivaient si souvent les cours de pathologie externe du semestre d'hiver, M. le professeur Weiss, sachant qu'en raison de nos fonctions d'interne à l'Asile de Maréville, nous nous intéressions plus spécialement à tout ce qui touchait la médecine mentale, nous parla, à plusieurs reprises, de cas d'aliénation qui s'étaient manifestés à la suite d'interventions chirurgicales chez des femmes. Les opérations qui avaient amené ces troubles mentaux portaient toutes sur le système génital de ses malades ; les manifestations morbides tantôt graves au point de d'amener la mort, tantôt passagères et suivies de guérison définitive, n'avaient pas offert chaque fois le même caractère. Notre maître avait observé des cas de manie et de mélancolie, des troubles hystériformes graves. Sachant combien souvent les maladies du système génital, chez la femme, amènent des psychoses à leur suite, nous nous sommes demandé si les interventions dans cette sphère ne portaient point un pronostic sérieux ou du moins à réserver au point de vue

de l'avenir mental du sujet. Nous nous sommes préoccupé de rechercher des cas semblables dans la littérature médicale, nous en avons trouvé de nombreux. Réunissant alors les faits connus jusqu'à présent, nous avons essayé de faire l'histoire clinique de ces manifestations morbides.

C'est ce travail que nous présentons aujourd'hui comme thèse inaugurale. Nous le subdiviserons en six chapitres.

Dans le premier, nous retracerons l'histoire de ces psychoses, et nous étudierons les travaux parus jusqu'à ce jour.

Dans le second, nous présenterons nos observations personnelles et celles que nous avons recueillies dans les auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans le troisième, nous étudierons la symptomatologie.

Dans le quatrième, nous chercherons à établir l'étiologie et la pathogénie de ces manifestations mentales.

Dans le cinquième, nous étudierons le traitement.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous tirerons les conclusions que nous aura inspirées l'étude de cette question.

Mais avant de commencer notre travail, nous sommes heureux qu'un usage ancien nous permette de remercier publiquement ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales. Monsieur le professeur Bernheim, dont les excellents conseils nous ont été si précieux et à qui nous

devons de nous être engagé dans l'étude de la médecine mentale, Messieurs les professeurs Gross, Herrgott, Messieurs les professeurs agrégés Rohmer et Haushalter, dont nous avons suivi les cliniques avec tant d'intérêt, M. le professeur Schmitt, dont la méthode thérapeutique est restée gravée dans notre esprit.

Que M. le professeur Weiss reçoive nos respectueux remerciements pour la constante bienveillance qu'il nous a témoignée et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous exprimons ensuite toute notre gratitude envers M. le docteur Vernet, médecin en chef à l'Asile de Maréville qui nous a témoigné toujours une grande amitié et un intérêt soutenu.

Que M. le docteur Pâris, médecin en chef à l'Asile de Maréville et M. le directeur Denizet, reçoivent aussi l'assurance de nos sentiments dévoués.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La connaissance de troubles psychiques succédant à des traumatismes opératoires est de date relativement ancienne.

Le premier qui les ait signalés écrivait au commencement de ce siècle, époque où la psychiatrie n'était pas encore dégagée des obscurités qui accompagnent toute nouvelle étude ; leurs caractères à cette époque n'avaient pas été mis en relief faute de données scientifiques sérieuses et les premières descriptions de ces faits cliniques gardent l'empreinte des temps où elles ont été élaborées. Schræter, en 1804, signale ces troubles psychiques, pour la première fois, dans son ouvrage intitulé : *De morbis animi præcipue in combinatione vulnerum*. Son travail ne fut guère apprécié, si bien qu'en 1819, Dupuytren (1) décrivit comme une chose toute nouvelle un délire qu'il appelle nerveux pour le distinguer du *delirium tremens* connu déjà depuis longtemps comme éclatant chez les alcooliques à la suite d'interventions chirurgicales ou de traumatismes violents. Ce délire nerveux, disait Dupuytren, éclate chez des individus nullement alcooliques ; il en fait une description restée classique

(1) *Mémoire sur les fractures du péroné.*

que nous nous abstiendrons de reproduire ici, car ce délire nerveux n'est pas celui que nous nous proposons d'étudier ; il éclate aussi après un traumatisme : ce n'est pas une folie post-opératoire.

Pour Dupuytren, le délire des blessés n'est qu'une simple névrose et peut se manifester chez des sujets très sobres, surtout chez les nerveux qui ont dû faire de grands efforts sur eux-mêmes pour se laisser opérer.

Depuis Dupuytren, Verneuil dans ses *Mémoires de chirurgie*, Billroth dans ses *Eléments de pathologie générale et chirurgicale*, assimilent le délire nerveux au délire alcoolique. Quant à la folie post-opératoire proprement dite, aucun des ouvrages classiques n'en fait mention. Nelaton, Follin ne citent que le délire nerveux traumatique ; dans l'un des récents ouvrages publiés (le *Manuel de pathologie externe* de MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly), on ne trouve aucune trace des faits qui nous occupent.

Le professeur Mairet, de Montpellier, dans deux leçons cliniques qu'il fit en 1889, est le premier qui ait parlé nettement de la folie post-opératoire en lui attribuant ses caractères. Denis, élève du maître de Montpellier, fit de l'étude de la folie post-opératoire l'objet de sa thèse inaugurale. Dans cet excellent travail, nous trouvons une étude complète de la folie post-opératoire et nous y renvoyons pour toutes les indications bibliographiques que cette question comporte. Depuis ces travaux, la folie post-opératoire a pris droit de cité en France aussi bien qu'à l'étranger, et les aliénistes reconnaissent la valeur des traumatismes opératoires comme cause productrice de folie.

N'étudiant dans ce travail qu'une partie de la question, c'est-à-dire les seules folies consécutives aux opérations pratiquées sur le système génital de la femme, nous ne citerons que les auteurs et les faits qui se rapportent directement à notre sujet.

La première observation de folie consécutive à une opération gynécologique est due à M. le professeur Courty. En 1865, à la suite d'une ovariectomie, il observe une attaque de manie aiguë. L'histoire psychique de cette malade est rapporté tout au long dans le *Montpellier médical* par M. le professeur Mairet.

En 1875, le docteur Barwell fait à la *Clinical Society of London* une communication sur une ovariectomie suivie d'un accès de manie aiguë. Dans la discussion qui suivit cette communication on rapporta des cas de ce genre, Lawson Tait, Edith avaient observé une manie et une mélancolie survenues après la même opération.

Les docteurs Herm Lossen et Furstner d'Heibelberg (1) publient en 1880 un cas de manie à la suite d'une hystérectomie.

En 1885, Barwel communique à la *Pathological Society of London* une nouvelle observation de folie consécutive à l'ovariectomie. Il s'agit d'une jeune fille de 29 ans chez laquelle six jours après une ovariectomie gauche, apparurent des troubles psychiques qui arrivèrent bientôt à revêtir tous les caractères d'une manie avec agitation considérable. S'informant auprès de ses confrères, il reçut communication de faits semblables. Le docteur Torton avait vu la folie suivre une fois une ovariectomie et une

(1) *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 34, 23 août 1880, p. 481.

autre fois une hystérectomie. Keth et Dent avaient des observations analogues. Dans la même séance, plusieurs médecins signalèrent d'autres faits, le docteur Mérédith avait vu une manie suivre une ovariectomie ; Bristove rapporta deux cas analogues. Lawson, dans une séance précédente, en avait rapporté un cas.

A partir de ce moment, les faits deviennent de plus en plus nombreux. En 1888, Werth de Kiel fait une communication importante au deuxième congrès de la *Société Allemande de Gynécologie*, tenu à Halle. Sur 228 opérations, dit Werth, j'ai constaté six cas de folie, une manie aiguë et cinq formes dépressives. Les manifestations morbides ne se sont pas toutes montrées à la même époque, deux fois la psychopathie apparut après la guérison complète et pour les autres, cinq jours, huit jours, deux semaines, trois semaines après l'opération. Au point de vue des suites, il y eut trois guérisons, trois malades restèrent incurables et l'une des malades se suicida au bout de trois mois. Werth attribue les psychoses au traumatisme opératoire lui-même, il élimine l'action possible de l'iodoforme et des anesthésiques comme cause occasionnelle de la folie, ainsi que celle des troubles fonctionnels dus à son intervention (trois de ses malades ayant dépassé la ménopause). Lauger, Martin, Ahlfeld Frommel dans le même congrès, citaient des faits de psychose consécutifs à des opérations gynécologiques, mais ils n'attachent pas une grande importance à l'action du traumatisme. Tillebrown, de Hambourg, chez des femmes légèrement prédisposées d'ailleurs, a observé aussi trois cas de folie consécutive à des opérations gynécologiques.

En 1889 paraissent en France où la question est clairement posée, les deux cliniques du professeur Mairet sur la folie post-opératoire publiées dans le *Bulletin médical* (n° 68, p. 1075). Mairet et son élève Denis dans sa thèse inaugurale (Montpellier 1889) affirment que tantôt l'opération est la goutte d'eau qui fait déborder le vase chez les prédisposés, les alcooliques par exemple, tantôt le rôle de l'opération, tout en étant plus marqué, ne dépasse point le rôle de cause provocatrice, tantôt l'opération a un rôle étiologique plus important, peut devenir considérable et quoiqu'il faille se défier toujours d'une prédisposition légère souvent difficile à dévoiler, ils ne sont pas loin d'admettre que le traumatisme opératoire peut dans certains cas produire l'aliénation de toutes pièces.

Denis et Mairet admettent que les opérations gynécologiques exposent plus que les autres à des accidents de cette nature. Enfin ils réservent une grande part à l'emploi des anesthésiques dans la genèse des psychoses.

Savage qui avait étudié la question des folies post-opératoires en 1887 dans un article du *Britisch médical Journal*, niait toute influence au traumatisme opératoire et faisait retomber tout le mal sur les anesthésiques dont il déplorait l'action funeste.

Pozzi (1) a signalé parmi les complications de l'ovariotomie ces troubles psychiques (manie ou lypémanie) qui peuvent n'être que transitoires ou persister définitivement; il fait une grande part à l'hérédité, la grande coupable dans ces cas.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 9 août 1890.

Dent (1) fait paraître en 1889 un article sur la folie post-opératoire. Les opérations pratiquées sur le système génital de la femme, paraissent à cet auteur plus susceptibles de produire des cas de folie. Pour lui les troubles qui ont nécessité l'intervention chirurgicale prédisposent le malade à la maladie mentale. La psychopathie naissante reçoit un coup de fouet lors de l'opération, l'appréhension, le traumatisme apportent leur influence nocive, et lorsque l'opération a consisté dans l'ablation d'organes importants (hystérectomie, ovariectomie) le trouble de la fonction génitale ou plutôt, dit-il, le regret de la perte de la fonction achèvent de rendre fou le sujet nerveux ou prédisposé qui a été opéré.

Thomas (2), dans la même année, rapporte six cas de folie post-opératoire parmi lesquels quatre sont consécutifs à des interventions gynécologiques ; deux de ces malades meurent dans un intervalle de un jour à deux semaines, la quatrième reste folle.

A partir de ce moment paraissent de nombreux travaux à l'étranger étudiant les relations qui peuvent exister entre les opérations gynécologiques et les troubles psychiques. Citons parmi eux les travaux de Gray de New-York, Eder de Boston, Gucci en Italie, Levinstein et Ostermayer en Allemagne (v. index bibliographique), et d'autres encore.

Vène (Thèse de Paris 1891) a étudié la folie post-opératoire, et rapporte trois cas portant sur le système génital de la femme, nous en citons un. Vène admet que,

(1) *The journal of mental science*, avril 1889.

(2) *New-York medical Record*, p. 44, août 1889.

parfois l'hérédité ne peut pas être invoquée le moins du monde et par conséquent il met en lumière la valeur étiologique de l'opération comme cause productrice de l'opération.

En 1891 paraît dans la *Médecine Moderne* une excellente étude de la folie post-opératoire par le professeur le Dentu. Il constate, que la moitié des opérations avaient été pratiquées sur l'appareil génital de la femme et que sur ce nombre 14 étaient des ovariectomies. Il signale la possibilité d'une intoxication urémique comme agent provocateur du délire dans le traumatisme.

En 1893 dans la discussion de la Société de chirurgie à propos du prolapsus utérin, plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris rapportent des cas d'aliénation consécutifs à des interventions sur l'utérus ou ses annexes.

Nous relevons dans les nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie (décembre 1893), une remarquable observation de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie due à M. le Dr Régis. Il survint une mélancolie avec confusion mentale et hallucination.

Buttler Smithe rapporte (*in The Journal of mental science*, July 1893), un cas de manie aiguë avec agitation violente et refus d'aliments survenu à la suite d'une rupture du rectum 13 jours après une ovariectomie et suivie de guérison. Il attribue cette psychopathie à l'*auto-intoxication* due à l'absorption de matières fécales et de gaz. C'est la première fois que ce mot est prononcé pour la folie post-opératoire.

Enfin en 1895 paraît un travail d'ensemble sur la question qui nous occupe. Je veux parler de l'excellente

thèse du docteur Musin (Lille 1895). Il rapporte 5 nouveaux cas, et conclut en donnant au traumatisme une valeur très grande.

Ce travail nous a été très utile pour la bibliographie de la question que nous allons maintenant traiter.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle. — Cure radicale (colporraphie colpoperinéorraphie. Amputation de Schröder). — Manie aiguë. — Mort.

En 1894, je fus appelé à donner mes soins à une jeune femme de la campagne, entrée à l'hôpital de Toul. Cette femme, âgée de 36 ans, est d'une forte constitution, tempérament mixte. Au moment où je me trouve en sa présence, mon attention n'avait été nullement attirée par aucun symptôme nerveux suspect. Cette femme s'exprime bien, accuse des souffrances antérieures fort pénibles en termes pondérés, et rien n'aurait pu me faire soupçonner la gravité des accidents qui se développèrent dans la suite. En raison même de ces accidents, on rechercha ensuite ses antécédents héréditaires et personnels, rien d'anormal ne se révéla de ce côté. Mais la malade présentait ceci de particulier qu'elle avait été soignée par M. le professeur Bernheim pour des troubles nerveux. Sous le coup de ses souffrances qu'elle exagérait encore énormément, elle était devenue nerveuse ; elle était en proie à une insomnie persistante, avait de temps en temps des crises d'hystérie. Le traitement suggestif que lui avait fait subir notre collègue l'avait très améliorée. La malade, très sobre, ne peut être suspectée d'éthylisme. J'ignorais complètement ces antécédents morbides, et je n'avais jamais songé à m'en préoccuper n'ayant pas encore observé d'accidents nerveux ou mentaux à la suite d'interventions gynécologiques.

La malade présentait comme lésions un prolapsus très accusé du vagin, compliqué de cystocèle et de rectocèle. L'utérus est volumineux, il présente une ancienne déchirure du col et une extrophie des lèvres.

Je pratiquai l'opération habituelle de cure radicale, c'est-à-dire : l'amputation du col, suivant le procédé de Schröder, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie. Le tout en une seule séance qui dura une heure et demie (durée habituelle de cette intervention). L'anesthésie chloroformique n'offrit rien de particulier. Le traitement consécutif fut un régime spécial, diète lactée absolue, et opium à l'intérieur (10 centigrammes par jour) dans le but de *constiper* la malade pour éviter des efforts nocifs pour le périnée. Après l'opération, le réveil se fit sans incident, et les trois premiers jours tout se passa dans le plus grand calme ; la malade ne se plaint de rien, et était heureuse d'être opérée.

Le 4^e jour. — Changement complet et brusque, Sans qu'il se manifeste de fièvre, sans qu'il y ait aucun accident local, la malade est prise d'une agitation très violente et d'un délire intense. Elle s'agite avec fureur, cherche à dégager ses jambes des liens que l'on y met toujours pour les tenir serrées dans le but de maintenir le périnée. Elle regarde de tous côtés d'un air égaré, fait des gestes désordonnés, paraît avoir des hallucinations visuelles effrayantes, cherche à repousser des fantômes qui la poursuivent. Dans la sphère des idées, trouble complet, la malade ne se rend pas compte de sa situation, profère des mots sans suite, pousse des exclamations, ne reconnaît pas ceux qui l'entourent. En somme, elle présente le tableau habituel de la manie aiguë. Le tout évolue sans élévation de température ; on ne constate pas d'albumine dans les urines, ni de troubles au côté de la vessie. Appelé près de la malade, je reconnais une manie aiguë, et je recommandai un traitement calmant par le chloral. Malgré des soins assidus, une surveillance constante, la malade s'agite de plus belle et finit par briser les liens des jambes. Aussitôt le périnée cède.

Enfin, au bout de 12 jours, sans que l'agitation ait cessé un seul instant, la malade *succombe*, sans qu'il y ait eu aucun accident local susceptible d'expliquer la mort.

OBSERVATION II (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Prolapsus compliqué de rectocèle et cystocèle. — Cure radicale ut supra. — Mélancolie. — Mort par suicide.

Il s'agit d'une malade qui habite Toul et qui entra à l'hôpital de Toul en 1894, âgée de 35 ans, mariée et ayant plusieurs enfants. Elle souffre depuis longtemps d'un prolapsus utérin accompagné de cystocèle et de rectocèle. Jamais avant d'avoir été soignée, elle n'avait présenté de symptômes nerveux ou mentaux. Les antécédents héréditaires fouillés minutieusement ne présentent rien d'anormal. Au moment de l'opération, la malade quoiqu'ayant souffert beaucoup antérieurement, est très calme, parfaitement lucide, se rendant très bien compte des choses, et pas trop émotionnée par l'opération qu'elle va subir.

Même opération que ci-dessus (amputation de Schröder, corporraphie antérieure, colpoperinéorrhaphie). Anesthésie normale, réveil calme. Soins ultérieurs *ut supra* (opium pour amener la constipation, diète et liens autour des jambes).

Aucun accident immédiat.

Mais deux mois après, cette personne qui n'avait jamais présenté de phénomène morbide mental à ma connaissance, est prise d'un accès de mélancolie profonde. Elle est lasse de tout, tombe dans un complet découragement. Elle parle peu, à voix basse, répond avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adresse.

Elle est incapable d'agir et de vouloir. Elle manifeste des idées de culpabilité, s'accuse de crimes imaginaires. Elle devient rapidement hypocondriaque, se plaint de douleurs généralisées, elle dit qu'elle va mourir, qu'elle ferait bien mieux de mourir de suite. Et, de l'idée, elle passe à l'exécution, car, un beau matin, elle sort de chez elle et, sous l'empire de ses idées délirantes, se jette dans le canal et se noie.

OBSERVATION III (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Prolapsus.—Opération.—Troubles hypocondriaques.—Amélioration.

Madame X..., 26 ans, de Nancy, mariée, n'ayant eu qu'un enfant. Traitée avec M. le docteur Stroup. Aucun antécédent héréditaire au point de vue mental. Cette jeune femme a toujours été très nerveuse, s'émotionnant à la moindre chose. craintive devant la maladie, sujette à des colères peu motivées.

Elle est atteinte d'un prolapsus énorme des organes génitaux qui nécessita trois opérations successives.

1^{re} intervention (1894). — Amputation de Schrœder. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie. Traitement consécutif habituel. Le résultat est satisfaisant. Les suites opératoires ne présentèrent de particulier qu'un état de neurasthénie plus profond dont la malade se remet vite. Après deux mois, récurrence du prolapsus, récurrence qui nécessite une nouvelle intervention.

2^e intervention. — Nouvelle colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie. Suites opératoires parfaites ; rien à noter dans l'état mental. Amélioration pendant deux mois puis récurrence (la cystocèle se reproduit).

3^e intervention. — On pratique une troisième colporraphie antérieure.

A la suite de cette dernière intervention le résultat anaplastique n'est pas mauvais, le périnée soutient bien l'utérus, et le prolapsus n'a plus de tendance à se reproduire. Et cependant l'état mental de cette jeune femme, loin de s'améliorer parallèlement à l'état physique, a empiété au contraire. De neurasthénique elle est devenue hypocon-

driague. Elle échappe maintenant au traitement moral qui autrefois suffisait à calmer ses appréhensions.

Il est impossible de la convaincre que le résultat, sans être parfait est cependant relativement satisfaisant. Elle est devenue irritable, souffre de douleurs qu'elle dépeint avec une surabondance de mots expressifs. Elle ne peut plus résister à tant de souffrances, *elle craint*, dit-elle, de *devenir folle*. Elle s'inquiète outre mesure d'une légère saillie de la vessie. Elle n'est plus bonne à rien, se décourage profondément.

En réalité, elle souffre plus de son prolapsus qu'avant l'intervention, ce qui est en contradiction avec les résultats anaplastiques.

Elle s'est remise à porter un pessaire et se trouvait il y a deux mois dans un état de dépression morale fort inquiétant. Amélioration en ce moment depuis quelques semaines.

OBSERVATION IV (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Prolapsus complet. — Opération ut supra. — Neurasthénie. — Guérison.

Madame Z..., de Blâmont, mariée, trois enfants, sans aucun antécédent nerveux ni mental. Prolapsus utérin total, l'utérus est à la vulve et compliqué de cystocèle et de rectocèle. Cette dame, fort courageuse, accepte l'opération sans trop d'appréhension.

Opération et traitement consécutif *ut supra*.

Sommeil chloroformique pénible, on fut obligé de saisir la langue, car il y avait eu un commencement de syncope.

Après l'intervention, la malade, un peu nerveuse de son naturel, présenta des signes de neurasthénie classique : émotivité, dépression cérébrale, tendance aux larmes, attendrissement facile, insomnie, terreurs nocturnes provoquées par des cauchemars intenses.

Un traitement moral approprié fait par un entourage intelligent, et l'amélioration marquée de la santé générale ramenèrent peu à peu le calme, et actuellement la malade se trouve dans un état de santé satisfaisant (1).

OBSERVATION V (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Prolapsus. — Opération. — Délire de persécution.

Femme d'Arraucourt, mariée, quatre enfants, âgée de 38 ans, se trouvant dans un état de dénuement complet, vient se présenter à la consultation de M. le professeur Weiss. Elle souffre depuis un an d'un prolapsus total et veut absolument être débarrassée. Elle dépeint ses souffrances en termes véhéments, dit éprouver d'atroces douleurs, etc. Elle est dans un état de surexcitation nerveuse très accusé. Pensant que s'il faisait disparaître l'infirmité physique il calmerait du même coup comme cela arrive si souvent un état nerveux inquiétant, M. le Professeur Weiss fait entrer à ses frais cette femme à la Maison de secours et lui propose l'opération qui est acceptée.

On opère la malade *ut supra*, anesthésie sans incident, réveil calme.

Résultat anaplastique parfait.

Le caractère de la malade ne subit aucune transformation avantageuse. Au contraire, depuis l'opération elle présente des bizarreries de caractère, ne parle que très peu, et seulement pour se plaindre des souffrances qu'elle dit éprouver et pour accuser les sœurs de la salle d'être la cause de ses maux. Elle se dispute avec le personnel qui

(1) Nous avons cité cette observation de *neurasthénie* consécutive à une intervention, bien que ce cas ne rentre pas tout à fait dans notre sujet, pour montrer quelle différence il y a dans l'évolution d'une neurasthénie et d'une mélancolie, et combien facilement la suggestion inconsciente d'un entourage dévoué arrive à faire disparaître ces symptômes nerveux.

l'entoure, accuse ceux qui la soignent de lui en vouloir : on veut la faire mourir, on l'ennuie, on l'empêche de dormir.

Elle sort bientôt de l'hôpital peu après complètement guérie de son prolapsus, mais tout aussi délirante.

Quelques mois après elle revient un soir chez M. le professeur Weiss se plaignant encore de douleurs dans le ventre et demandant à rentrer à l'hôpital. Notre maître s'y refuse en raison des disputes qu'elle avait eues avec le personnel du service.

Deux mois après, elle écrit à M. le professeur Weiss une lettre de menaces, alors que celui-ci avait payé pour la faire admettre à la Maison de secours. Elle lui déclare qu'elle le poursuivra partout où elle le rencontrera, et le tuera avec un revolver. Il a refusé de l'admettre de nouveau, donc il lui en veut, cherche à la faire mourir, etc. En même temps elle renouvelle contre la sœur du service ses violentes diatribes, l'accusant de tous les méfaits imaginaires.

Bref la lettre était assez incohérente. Néanmoins en raison du délire de la malade, et du danger qui pouvait en résulter, on porta la lettre au commissaire de police. Après enquête judiciaire, le maire de son village se porte garant que cette femme est très douce, et n'est pas dangereuse. L'affaire n'eut pas de suite ; la malade, rencontrée il y a quelques jours, présentait encore le même état mental.

Du moins on put savoir pendant l'enquête que des antécédents existaient : père mort d'une hémorragie cérébrale après avoir présenté des signes de dérangement intellectuel, mère très nerveuse. Un oncle de la malade est mort aliéné.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Déchirure du périnée. — Périnéorraphie. — Mélancolie. — Guérison.

Femme de la campagne, mariée, un enfant, venue se faire soigner à la Maison de secours pour une simple déchirure du périnée.

Aucun antécédent héréditaire. Femme nerveuse habituellement.

On l'opère par la méthode de Martin. Traitement consécutif, diète et constipation pour ménager le périnée.

Guérison opératoire au bout de peu de jours, sans aucun incident ni complications.

Au bout de peu de jours la malade est prise d'un accès de mélancolie ; elle reste abattue, sans dire un mot, les yeux fixés devant elle, elle n'a qu'une idée en tête : retourner chez elle. Elle cherche à chaque instant à se lever pour se précipiter par la fenêtre, et on a tous les maux du monde à la maintenir au lit. Aucune élévation de température pendant ces désordres mentaux. Elle ne se rend pas compte de sa situation, s'apitoie sur son sort, dit qu'elle va mourir. Craignant un accident, et en raison de la difficulté de la surveillance, on laissa la malade partir chez elle au bout de quinze jours, alors qu'il y avait encore un point de suture non-cicatrisée.

La malade chez elle se remit complètement au point de vue physique et moral, on la surveilla nuit et jour pendant un mois environ, laps de temps au bout duquel toutes les idées délirantes avaient disparu.

OBSERVATION VII (Inédite)

Communiquée par M. le professeur WEISS.

Accès maniaque consécutif à une dilatation du vagin par le speculum.

M^{me} A..., de Saint-Dié, mariée, deux enfants, sans aucun antécédent héréditaire. Antécédents personnels : très nerveuse, s'émotionnait facilement sous le moindre choc moral ou physique, prédisposée par des revers successifs (perte de parents, chagrins de famille, soucis matériels).

Cette malade souffre depuis longtemps d'accidents de la ménopause. Elle a du vaginisme, l'utérus est adhérent en arrière, les annexes sont enflammées et le tout forme un paquet fort difficile à explorer.

Elle souffre, de plus, d'une névralgie ovarienne et lombo-abdominale accusée.

Mis en éveil par des symptômes d'hystérie qui s'étaient manifestés à plusieurs reprises différentes, M. le professeur Weiss montre cette malade à M. le professeur Bernheim. Celui-ci ayant reconnu la nature hystérique des manifestations nerveuses présentées par cette malade et craignant à juste titre que cet état, engendré par les souffrances éprouvées antérieurement, ne vienne à s'accroître par le fait de l'opération (en effet, M. le professeur Bernheim nous a dit avoir vu plusieurs fois des interventions gynécologiques parfois intempestives pratiquées sur des hystériques, faire dégénérer l'hystérie en folie), conseilla l'abstention.

Les phénomènes douloureux continuant, la malade réclamant l'intervention, on se décida malgré tout non pas à intervenir, mais à faire une exploration un peu sérieuse. Comme le vaginisme était arrivé à un degré d'intensité remarquable (au point de ne point pouvoir admettre le doigt), on voulut calmer ce vaginisme par une simple dilatation au spéculum.

L'anesthésie fut pratiquée (la malade ne prit que très peu de chloroforme) et on fit une simple dilatation du vagin avec les doigts et le spéculum pour arriver à explorer l'utérus.

Au réveil, la malade est prise d'un accès maniaque. Elle délire, profère des mots sans suite, s'agite violemment, ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, a le corps secoué de tremblements non rythmés. Au bout de vingt quatre heures, la malade est revenue à l'état normal.

Pas d'élévation de température pendant ce temps.

Elle sortit améliorée, grâce à un traitement dû en grande partie à l'influence de son médecin traitant, véritable traitement suggestif.

A l'état de veille, on lui suggère de ne plus trembler, on la calme, on la rassure.

Depuis, M. le professeur Weiss s'est refusé à toute autre intervention.

OBSERVATION VIII

Communication faite à la *Clinical Society of London*, le 13 mars 1885, par le docteur Barwell (*In the medical journal*, 21 mars 1885) (Résumée).

Manie consécutive à une ovariectomie.

Femme célibataire, 29 ans, souffrant d'un kyste multiloculaire. On enlève l'ovaire après en avoir retiré 23 pintes de liquide. Il lia, avec de la soie, le pédicule que l'on vit rentrer dans l'abdomen, il employa les sutures habituelles en pareil cas. Pendant les trois jours qui suivirent, la menstruation revint et il y eut un peu d'hématurie ; puis tout cela disparut. Le troisième jour, le thermomètre monta à 39°, pendant deux heures ; mais à part cela, la température ne présenta rien de particulier. On enleva les sutures profondes au bout de 48 heures, et la plaie abdominale était cicatrisée le 2 novembre (Opération du 28 octobre).

La malade, qui était naturellement très docile et très raisonnable, présenta, le 3 novembre, un caractère contradictoire et agressif ; le 5 (huit jours après l'opération), elle était en pleine folie. Le 7, elle fut si agitée que l'on dut lui mettre la camisole de force et lui donner un peu de chloroforme. Une injection sous-cutanée de quatre gouttes de morphine ne la calmait que pour trois heures. Le 21, après des périodes d'agitation et de calme relatifs, mais avec bavardage incessant, la malade resta complètement folle ne dormant que très peu de temps, environ deux heures par jour depuis le 9. Alors, elle commença à aller mieux : on le reconnaissait à ce qu'elle disait qu'elle était folle. Le 21, N. Barwell ordonna un sac de glace sur la tête ; après quoi, elle dormit mieux et s'améliora graduellement. Le 28, elle avait recouvré la raison. Pendant tout le mois de décembre, elle fut assez bien pour faire des promenades ; mais, pour différentes raisons, on la garda en surveillance à l'hôpital jusqu'au 29 décembre, époque où elle sortit de l'hôpital parfaitement saine d'esprit et de corps. En dépit de plusieurs accès d'agitation et d'efforts brusques, la cicatrice abdominale tint bon,

et il n'y eut pas signe de hernie. Néanmoins, on crut prudent de prévenir cet accident au moyen d'un bandage.

Après cette communication, M. Barwel fait remarquer que ce cas pouvait donner lieu à plusieurs hypothèses :

- 1° il pouvait y avoir prédisposition héréditaire à la folie.
- 2° La folie pouvait résulter de quelque grande opération (Ovariectomie ou autre).
- 3° Elle était la conséquence de quelque trouble urinaire.
- 4° Elle était la conséquence de la lésion des organes génitaux.
- 5° Il y avait simple coïncidence.

Il appliqua ces hypothèses à la malade dont il s'agissait. N'ayant, malgré ses recherches, trouvé aucune hérédité dans le cas présent, et après avoir éliminé les autres causes, il arrive à conclure que la manie est la conséquence de l'opération même, qu'il n'y a pas simple coïncidence, car il a eu connaissance de faits semblables observés en assez grand nombre par quelques-uns de ses collègues de la Société de chirurgie.

OBSERVATION IX

Par les professeurs HERM LOSSEN et FURSTNER, à Heidelberg (*In Berliner-klinische Wochenschrift*, 23 août 1880, n° 34) (Résumée).

Hystérectomie suivie de manie. — Guérison.

Femme L..., âgée de 47 ans, mère de six enfants, dont le dernier a six ans. Vient à la consultation en novembre 1879. Elle sent une tumeur dans le bas-ventre depuis deux ans environ qui a grossi rapidement dans les derniers mois et qui la gêne actuellement. Le ventre est comme celui d'une femme enceinte de 9 mois. Matité dans toute la partie gauche du ventre de la malade. A la palpation, on sent nettement sous la peau du ventre une tumeur mobile dans tous les sens, composée d'une partie dure et d'une partie molle. Un kyste, de la gros-

seur d'une tête de fœtus, semble être en avant sur la ligne médiane, et un autre, moins gros, beaucoup plus à gauche. Au toucher vaginal, on sent la tumeur dans le cul-de-sac antérieur à gauche, l'utérus est rejeté à droite et en arrière. On ne peut dire si la tumeur est adhérente à l'utérus.

Diagnostic : tumeur colloïde de l'ovaire avec ramollissement partiel, adhérente à l'angle supérieur gauche de l'utérus.

Opération le 26 novembre 1879. Après ouverture du ventre on voit que la tumeur est située tout entière dans le ligament large gauche, on reconnaît que le point de départ de la tumeur est l'utérus. Après diverses manœuvres opératoires, application du grand clamp de Spencer Wells et section de la tumeur. L'ovaire droit reste avec le reste de l'utérus dans l'intérieur du ventre. Le moignon du pédicule est embroché par deux longues épingles en forme de bras. On ferme la plaie par des sutures profondes. — Pansement phéniqué.

Durée de l'opération : une heure et demie.

Les suites opératoires furent parfaites, jamais il n'y eut de suppuration, le pansement reste sec. Pas de fièvre.

Le 2 décembre, T. 38°5, la malade est très agitée, fait des gestes désordonnés ; elle crie contre son mari qui ne va pas la voir, et malgré les exhortations de son entourage qui cherche à lui persuader que cette excitation peut nuire à sa santé, et même la mettre en danger, elle continue de plus belle, et se moque de ce qu'on lui dit.

Le 3, même agitation, bavardage incessant et imprécations, T. 37°5. Injections de morphine.

Le 4, l'agitation arrive au paroxysme, cris interminables, la malade appelle incessamment son médecin, son mari, un prêtre. Mouvements désordonnés et violents, T. 38°, langue sèche, mais propre, les urines sont abondantes et s'évacuent normalement ; pas d'albumine ; l'agitation augmentant toujours et le moignon de la plaie restant parfait, la fièvre étant très peu élevée, on exclut l'idée de septicémie, qui aurait amené rapidement des phénomènes typhoïdes ; aucun symptôme d'urémie ; on exclut aussi l'idée de *delirium tremens*, la femme étant très sobre, sans aucun antécédent éthylique. On admet donc une psychose,

une manie. C'est l'avis du professeur Furstner, auquel on présente la malade.

L'accès de manie dure trois heures, puis la malade devient tranquille, mange et se laisse panser.

Le moignon du pédicule se détache le huitième jour après l'opération.

Les jours suivants, se déclare une forme encore plus grave de manie. La malade a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle fait des dialogues, construit des vers et vise à l'esprit. Elle ne reconnaît plus son entourage, refuse toute nourriture, à l'exception de l'eau et du vin, gâte sous elle, et doit être constamment tenue au lit par deux infirmières. Les intervalles de calme sont rares et ne sont obtenus que par le chloral, que l'on donne par la bouche à raison de 2 grammes dans du vin, ou par des injections sous-cutanées si la malade résiste. Malgré ces accidents, la cicatrisation de la plaie et la désinfection des surfaces marchent à merveille, comme on peut le constater à chaque pansement fait dans les moments de calme. La température oscille entre 37° et 38° 9. L'agitation ne s'écarte pas du type de la manie aiguë progressive les jours suivants; le 15, la cicatrice du ventre étant assez solide, on transporte la malade dans un asile d'aliénés; le 23, la plaie du ventre est complètement fermée.

Jusqu'au 13 janvier, les phénomènes évoluèrent de la même façon; la malade est gâteuse et oppose une vive résistance quand on veut la soigner. Le 13 janvier, au matin, l'état psychique est complètement changé, la malade est calme, cherche à se reconnaître et reste en repos dans son lit. A partir de ce moment les signes de psychose disparaissent complètement.

La malade sort tout à fait guérie le 11 février, et depuis lors aucun accident ne vint troubler sa vie psychique.

Les antécédents de la malade ne firent découvrir aucune prédisposition héréditaire. Aucun antécédent nerveux personnel. L'opération avait donc été bien nettement le point de départ de cette manie.

OBSERVATION X

Tirée de la thèse de M. le D^r MUSIN (Lille, 1895).

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale. — Mélancolié. — Mort.

D..., Marie-Catherine, 54 ans, servante à Lille, entre le 30 septembre 1894 à l'asile d'aliénés de Bailleul, adressée par M. le professeur Castiaux. Nous n'avons pas eu de renseignements bien précis sur les antécédents héréditaires de cette malade. On nous dit qu'on ignore s'il y a eu d'autres aliénés dans sa famille.

Quant à elle, les renseignements que nous avons nous la représentent comme n'ayant jamais été fort intelligente ; elle est complètement illettrée et n'a reçu aucune instruction.

Cette malade nous vient de l'hôpital de la Charité, où elle a subi une opération dans le service de M. le professeur Dubar. Nous n'avons pu recueillir que peu de choses au sujet de cette opération, l'observation n'ayant pas été retrouvée. Le cahier de statistique opératoire du service nous apprend que : « D..., Marie, 54 ans, entrée le 28 juillet 1893 pour fibrome de l'utérus, a subi l'hystérectomie par voie abdominale le 1^{er} septembre suivant ». L'opération a réussi d'une façon fort satisfaisante, mais il s'est établi une fistule que nous avons constatée, du reste, à l'asile, et qui a continué à suppurer jusqu'à la mort de notre malade.

Il est à noter, d'après des renseignements d'autre source, que la malade manifestait la plus grande appréhension au sujet de son état et de l'opération qu'elle devait subir. C'est même sous l'influence des plus vives terreurs, et qu'elle ne cachait pas, que la malade fut opérée. Elle avait aussi été épuisée par de grandes pertes sanguines.

Il est plus que probable que les émotions morales et les préoccupations qu'elle éprouvait ont dû influencer sur l'organisme mental de cette femme, dont les forces physiques avaient été préalablement déprimées par d'abondantes hémorragies.

En tous cas, elle a commencé à manifester les premiers symptômes de folie dans les premiers jours de septembre, c'est-à-dire une dizaine de jours après l'opération. Ces troubles se sont présentés sous la forme de délire de persécution. Elle prétendait qu'on voulait l'empoisonner et lui faire boire du vitriol. Son caractère était devenu méchant ; elle cherchait à frapper tous ceux qui l'approchaient, criait et gesticulait sans trêve ni repos. Parfois, au contraire, elle manifestait de violentes frayeurs, se cachant sous ses couvertures et disant que des hommes venaient pour l'enlever ; elle paraissait se trouver sous l'influence d'hallucinations multiples de la vue et de l'ouïe.

Enfin, en proie à ce délire mélancolique, la pauvre femme a cherché à trois reprises différentes à se suicider en se jetant par la fenêtre. Elle refusait toute espèce d'aliment ou du moins ne les acceptait qu'avec la plus grande difficulté.

Elle est entrée à l'asile dans un état de faiblesse très prononcée.

Voici ce que nous rapportent à son sujet les certificats de 24 heures et de quinzaine, qui sont signés de M. le docteur Cortyl, directeur-médecin en chef de l'établissement :

« 24 heures. — Aliénation mentale caractérisée par un état mélancolique avec panophobie. Malade très impressionnable, inquiète, refuse ses aliments parce qu'elle craint de ne pouvoir les payer.

« Quinzaine. — La malade est atteinte de lypémanie anxieuse avec idées de suicide, refus d'aliments et tendances à l'automutilation. Elle se frappe la tête, se déchire les mains et cherche constamment à se faire mal. L'état mental ne s'est pas modifié pendant la quinzaine. »

La malade est restée trois mois et demi à l'asile et y est décédée le 19 janvier 1894 par suite de marasme nerveux.

Pendant ce laps de temps, nous n'avons jamais constaté la moindre amélioration. Tantôt excitée, répétant sans discontinuer les mêmes phrases, entrant dans de violentes colères contre tous ceux qui l'approchaient et tantôt, au contraire, mélancolique, ne parlant plus, refusant sa nourriture, cette malade s'est progressivement affaiblie sous l'influence de son délire.

Pendant le dernier mois, elle est devenue gâteuse et absolument intolérable par son excitation des plus vives, qu'on n'a pu calmer, malgré les hypnotiques différents qui lui ont été administrés.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XI

Tirée de T. DENT (*Travail sur les folies consécutives aux opérations*).

Ovariectomie. — Délire aigu. — Mort (Traduit in Thèse, de Musin).

Sarah C..., mariée, 48 ans, est admise à l'hôpital Saint-Georges le 1^{er} février 1883. Elle a eu huit enfants, tous très bien portants : le dernier est âgé de six ans. Elle a toujours vécu dans le pays, avait une excellente santé sans jamais avoir manifesté les moindres symptômes d'exaltation. On ne trouve aucun antécédent héréditaire, même éloigné. Sa famille ne présente aucune tare nerveuse ou mentale. Quatre ans auparavant, elle s'était aperçue d'une petite tumeur de l'abdomen, qui siégeait du côté gauche. Cette tumeur grossit rapidement jusqu'à un certain point et parut alors rester stationnaire. Un an avant son admission, la tumeur avait été ponctionnée dans un hôpital de province et il s'en écoula un liquide dont la nature est indéterminée. Les pieds et les jambes furent à cette occasion le siège d'un œdème assez prononcé ; mais la tumeur ne donna lieu à aucun autre signe physique.

L'ovariectomie fut pratiquée le 17 février : pas d'adhérence, aucune difficulté au point de vue chirurgical.

La tumeur consistait en un large kyste et en plusieurs autres kystes plus petits contenant tous un liquide teinté de sang. Le pédicule fut lié avec une ligature de soie tordue. Les précautions antiseptiques les plus strictes furent observées. Comme anesthésique, on s'était servi d'éther.

Les suites de l'opération furent assez satisfaisantes pendant les six premiers jours. La malade était assez joyeuse, se trouvait heureuse

de voir que tout allait pour le mieux ; elle dormait et mangeait d'une façon très normale. Le sixième jour les suites opératoires étaient toujours très bonnes, mais l'état mental était complètement altéré. Elle reconnaissait encore son mari et ceux qui la soignaient immédiatement, mais elle commençait à avoir des hallucinations de toute nature qui revêtaient une forme absolument alarmante. Elle était très agitée dans son lit ; elle se trouvait dans un état aigu d'agitation maniaque. Le huitième jour, elle ne reconnaissait plus personne, injurait ceux qui se trouvaient autour d'elle et se montrait très violente. Mon ami le docteur Savage fut assez aimable pour voir la malade avec moi et déclara qu'il y avait là un cas de délire aigu.

La plaie fut pansée le huitième jour pour la première fois : il existait une légère suppuration artificielle dans la plaie à l'endroit où, en se débattant, elle avait déchiré les bords avec les mains. Partout, du reste, la plaie était normale. Pendant les vingt-quatre heures suivantes, l'excitation maniaque continua sans diminuer d'intensité ; son état physique devint de plus en plus faible ; on eut les plus grandes difficultés à lui faire prendre quelque nourriture. Elle mourut le onzième jour.

Les troubles mentaux ne paraissent pas avoir modifié en rien les résultats de l'opération, qui semblait devoir se terminer d'une façon très heureuse. On ne peut attribuer cet insuccès et incriminer que la folie qui s'est emparée de son esprit et qui décida du sort de la maladie. On ne s'était pas servi d'iodoforme pour pansement. A l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite et aucun accident dans l'abdomen digne d'être noté.

OBSERVATION XII

Tirée de la thèse du docteur Louis VÈNE (Thèse de Paris, 1891).

Extirpation de trois myomes sous-péritonéaux et d'un pyosalpinx.

Marie B..., salle Huguier, lit n° 4.

Entrée le 1^{er} avril 1890. Trente-huit ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure.

Le début de l'affection remonte à cinq ans. Douleur surtout prédominante à gauche. Après avoir trainé longtemps, la malade entre à l'hôpital dans un état lamentable. Elle est amaigrie et se plaint sans cesse.

En palpant le ventre, on sent immédiatement une tumeur volumineuse, dure, remontant presque jusqu'à l'ombilic, sans apparence de fluctuation. Par le toucher on constate que l'utérus, augmenté dans sa totalité, est profondément enclavé dans le bassin, tout à fait immobile, et remplit complètement l'excavation.

La malade accuse de très vives douleurs le long du sciatique gauche, douleurs qui ne sont calmées que par la morphine, et elle présente en outre des phénomènes fébriles qui font penser à un foyer de névrite du plexus sacré développé au voisinage des annexes malades.

Pendant un mois environ la malade resta en observation.

Elle souffre énormément, se plaint sans cesse, crie surtout à cause de ses douleurs sciatiques. Elle est, il est vrai, assez surexcitable et quelque peu névropathe.

18 avril. — Opération faite par M. Le Dentu. Incision sur la ligne médiane d'au moins dix centimètres qu'on a ensuite agrandi jusqu'à l'ombilic.

Le péritoine ouvert, on aperçoit la tumeur rouge, bosselée, dure, ayant tous les aspects d'un fibro-myome. On se remet immédiatement à la recherche des annexes malades du côté gauche. Après avoir déchiré plusieurs adhérences très fortes avec le rectum et la paroi postérieure du bassin, sans pouvoir trouver place dans l'ovaire. M. le professeur Le Dentu ouvre avec les doigts une poche purulente peu considérable, située dans la profondeur du petit bassin, presque sur le coccyx. Un peu de pus s'échappe dans la cavité abdominale. Les adhérences étant détruites en ce point et la cavité bien nettoyée avec des éponges, on procède à l'énucléation de trois myomes sous-péritonéaux. Après avoir incisé une couche de tissu utérin de un à deux millimètres d'épaisseur, on tombe sur les myomes blanchâtres, résistants, facilement énucléables, Ils pèsent ensemble 260 grammes.

Les cavités qui renfermaient ces myomes saignent assez abondamment. Elles sont alors complètement oblitérées par des sutures au catgut, sutures massives en créneaux, en plein tissu utérin, puis sutures en surjet par dessus. Les trois cavités sont oblitérées de la même façon et les sutures abandonnées dans le ventre.

L'opération durant déjà depuis deux heures, l'ovaire droit, d'ailleurs sain, est laissé en place. Lavage du péritoine à l'eau bouillie.

Un drain est placé jusque dans la partie la plus profonde de la poche et sort par l'angle inférieur de la plaie. Comme il y a un suintement sanguin assez abondant, une mèche de gaze iodoformée est laissée à côté du drain jusque dans le cul-de-sac inférieur. Suture en masse de la paroi au crin de Florence. Pansement iodoformé compressif.

Les suites opératoires ont été des plus simples, mais pendant les premiers jours la malade a présenté des phénomènes de véritable manie accentués surtout vers le cinquième jour. Le lendemain de l'opération elle s'est levée et on l'a trouvée assise dans le fauteuil.

Elle remue constamment, se couche sur le côté, sur le ventre, se lève debout sur son lit, s'arrange pour uriner au dehors du lit sans en descendre, bref se livre à toutes sortes de contorsions.

Son état mental est complètement bouleversé, elle crie toute la nuit, chante et dit des paroles incohérentes. A peine reconnaît-elle les gens, demande à s'en aller, etc.

A partir du cinquième jour ce trouble mental s'atténue un peu, tout en restant encore violent. Il est surtout impossible de la faire tenir au repos.

25 avril. — La malade remonte à la salle Huguier, où on la met dans une chambre à part, le bruit qu'elle fait troublant complètement la salle. Pendant le transport, le drain et la mèche iodoformée sont expulsés et le lendemain on les retrouve dans le pansement.

La petite fistule qui tient la place du drain se ferme d'ailleurs en quelques jours.

29 avril. — Les fils sont enlevés. La malade commence à se calmer. Elle est beaucoup plus tranquille, crie et s'agite moins, reconnaît bien les gens, dit quelques paroles sensées.

Cet état va en s'améliorant de plus en plus, si bien qu'au quinzième jour la malade, étant tout à fait tranquille, est remise dans la salle commune.

Les douleurs du côté se sont beaucoup atténuées et finissent par disparaître à peu près complètement. L'état général est excellent, la malade ne se plaint plus et a retrouvé l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Le 25 mai, elle part pour le Vésinet, complètement transformée.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

En parcourant les observations qui font le sujet de cette thèse, nous sommes frappés tout d'abord par un fait, c'est que les manifestations mentales morbides consécutives aux interventions gynécologiques ne présentent pas toujours et partout le même aspect. Tantôt il y a dépression, tantôt il y a excitation ; sans que rien *à priori*, soit dans les antécédents, soit dans les circonstances inhérentes à l'opération même, puisse nous démontrer pourquoi tantôt il y a manie ou excitation tantôt mélancolie ou dépression. En un mot il n'y a pas de phénomène physique concomitant aux diverses espèces de délire ou variable avec ces espèces. Faire une description de ce délire post-opératoire est donc chose ardue si l'on veut en dégager un type à part nettement reconnaissable dont les caractères soient toujours identiques avec une évolution constante, Nous n'y songerons pas, car avec Vène, Denis, Musin et autres qui ont étudié cette question il nous semble qu'il n'existe pas de folie traumatique spéciale, consécutive aux opérations gynécologiques, de même que Christian (1) repoussait l'existence d'une folie traumatique spéciale. Du

(1) *Traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale* (*Archives de neurologie*, 52 et 53).

reste, n'est-on pas accoutumé à voir en médecine les mêmes causes ne pas produire les mêmes effets, car au nombre des causes, il faut ajouter toujours, et on l'oublie trop souvent, le malade qui est la cause la plus directe et qui intervient dans le processus morbide par l'état de son milieu intérieur, ses habitudes, son genre de vie, son bilan pathologique antérieur, toutes sortes d'éléments complexes difficiles à connaître, impossibles le plus souvent à fouiller, car la plupart échappent à l'attention du sujet et de ceux qui l'entourent.

Mais n'y a-t-il pas des formes spéciales de délire que l'on rencontre plus particulièrement dans le cas qui nous occupe ? Incontestablement ; nous verrons plus loin en dépouillant les observations de folie consécutive aux interventions gynécologiques que c'est surtout la manie et la mélancolie que nous rencontrerons, mais jamais la paralysie générale par exemple, alors que cette dernière évolue souvent à la suite de traumatismes crâniens (1).

Nous ne voulons pas faire de la manie et de la mélancolie un tableau qui ne serait que la reproduction de ceux qu'on a retracés jusqu'à présent, et qui sont bien connus. Nous ferons simplement ressortir les particularités que peuvent présenter ces délires dans le cas présent.

D'abord quelle est la vésanie qui apparaît le plus fréquemment après les interventions gynécologiques ? Voici ce que nous fournit le résumé de nos observations au point de vue mental :

Observation I. — *Manie aiguë* ;

(1) Vallon, Thèse de Paris, 1882.

Observation II. — *Mélancolie anxieuse avec idées de suicide* ;

Observation III. — *Mélancolie et hypocondrie* ;

Observation IV. — *Neurasthénie* ;

Observation V. — *Délire des persécutions avec idées mélancoliques* ;

Observation VI. — *Mélancolie simple* (quelques idées de suicide) ;

Observation VII. — *Accès maniaque* ;

Observation VIII. — *Manie aiguë* ;

Observation IX. — *Manie aiguë* ;

Observation X. — *Mélancolie anxieuse et dépressive* ;

Observation XI. — *Délire aigu* ;

Observation XII. — *Excitation maniaque*.

Donc on voit d'après ce résumé que sur nos 12 observations nous avons remarqué :

5 cas de folie maniaque ;

4 cas de mélancolie, à forme parfois dépressive ou accompagnée, dans 1 cas, d'idées hypocondriaques et, dans 2 cas, d'idées de suicide ;

1 cas de neurasthénie profonde ;

1 cas de délire de persécutions avec idées mélancoliques ;

1 cas de délire aigu.

En raison des hasards de la clinique nous avons pu observer autant de cas de délire maniaque que de cas de folie mélancolique. Il ne faudrait pas pour cela généraliser

et dire que l'on rencontre après les interventions gynécologiques autant de cas de manie que de mélancolie. En faisant le relevé de tous les observations publiées nous avons acquis la conviction que la folie mélancolique est de beaucoup la plus fréquemment notée, de même que lorsqu'il s'agit de folie post-opératoire consécutive à une intervention autre que sur les organes génitaux de la femme. Nous avons observé sur les malades atteints de manie aiguë une phase prodromique plus ou moins longue, le plus souvent très courte, phase de dépression, où l'on pouvait voir le visage abattu, les yeux baissés, les traits exprimant des sensations hypocondriaques, puis tout cela s'efface pour faire place à un délire d'excitation.

Ainsi pour nous la mélancolie est la psychose dominante et l'on comprend cela d'autant mieux qu'il faut bien se rappeler qu'on a affaire le plus souvent à des malades déprimées par des souffrances antérieures qui peuvent acquérir une notable intensité surtout chez des sujets nerveux et facilement suggestibles. *A priori* donc, et l'observation des faits vient démontrer la justesse de ces vues, on comprend mieux le délire dépressif que le délire maniaque. Ce qui nous a paru remarquable dans ces délires dépressifs, c'est parfois la forme intense qu'ils revêtaient.

L'observation II est tout à fait probante à ce sujet. Jamais nous n'avons vu signalée dans un délire post-opératoire la mort par suicide. Chez les mélancoliques ces idées de suicide sont fréquentes surtout dans la mélancolie anxieuse, ils y arrivent tout naturellement, et leur délire évolue le plus souvent de la même façon. Ce sont d'abord

des idées de culpabilité obsédantes qui dominent ; les malades sont honteux, se font des reproches, s'accusent d'être les auteurs de malheurs pour les leurs, etc. Ils ne sont bons à rien, sont un objet de dégoût ou de pitié pour leur entourage. Arrivés là, l'idée de suicide se présente à leur esprit, et si leur entourage ne les surveille pas constamment, ou si un traitement énergique et continu ne les distrait pas de leurs idées délirantes ils vont au suicide tout naturellement. Et c'est ce qui est arrivé pour la malade objet de l'observation II. D'une famille pauvre, on ne put veiller suffisamment sur elle, et quoiqu'on ait été mis en garde contre la possibilité d'un accident on ne put l'éviter. La malade objet de l'observation VI eut aussi des idées de suicide qu'elle ne put mettre à exécution en raison de la surveillance constante dont elle fut l'objet.

Notons aussi l'existence d'idées hypocondriaques et disons tout de suite que chaque fois que ces idées ont apparu, la guérison a été lente à se faire. Le délire hypocondriaque est en effet remarquable par sa ténacité, aussi bien qu'il est lent à se former. Il est le résultat d'une longue auto-suggestion d'autant plus indéracinable qu'il a été plus long à se constituer.

Les délires maniaques que nous avons relatés n'ont jamais offert de signes particuliers, ça a été le plus souvent la manie aiguë habituelle avec sa surabondance de gestes désordonnés, de cris incohérents, avec sa surexcitation violente, ses idées délirantes exprimées avec une volubilité telle qu'elles sont le plus souvent incompréhensibles étant non associées. Répétition de mots, consonnances appelant une autre consonnance, langue sèche, voix rauque et cassée : rien n'a manqué.

La température est restée le plus souvent normale. A noter encore l'évolution d'un délire des persécutions systématisé ayant comme point de départ l'intervention gynécologique. Les auteurs n'ont point encore signalé un délire systématisé survenant de cette façon. La malade à vrai dire était une tarée au point de vue héréditaire, et il est probable qu'un jour ou l'autre elle aurait présenté une évolution mentale analogue. Cependant il est curieux de remarquer que le point de départ de son délire est l'opération qui apporte un soulagement complet à des souffrances antérieures fort longues (le résultat anaplastique est en effet parfait), qui auraient pu au contraire être plutôt l'origine d'un délire de persécution. (Obs. V.)

A quel moment à partir de l'opération surviennent les troubles mentaux, quelle est leur marche, leur durée et leur terminaison ?

Le plus souvent c'est dans les premiers jours à partir de l'opération que débutent les psychoses dont nous nous occupons, et plutôt dans les premiers jours qui suivent l'intervention du chirurgien. La plupart de ceux qui ont étudié la question sont du même avis. Le Dentu et son élève Vène (Thèse Paris 1891) ont vu le délire apparaître toujours du deuxième au cinquième jour.

« Tantôt, dit Musin, et nous avons observé la même chose, ce n'est qu'à des époques plus éloignées, plus retardées de l'opération, après la guérison complète des malades au point de vue chirurgical et après leur sortie de l'hôpital, que l'aliénation mentale s'est constituée définitivement. Nous disons définitivement car dans ces derniers cas il est probable que pendant leur séjour à

l'hôpital et pendant leur convalescence les malades avaient présenté des troubles légers qui avaient plus ou moins attiré l'attention des médecins. Ces troubles ne revêtaient pas une telle gravité qu'on eût pu craindre pour la suite une aliénation mentale » et passaient le plus souvent inaperçus. Nous n'en voulons pour meilleure preuve que la malade de l'observation II qui, opérée avec succès d'un prolapsus utérin, sort de l'hôpital de Toul complètement guérie. Pendant son séjour elle est bien un peu nerveuse, un peu inquiète sur l'avenir de ses fonctions génitales, mais ne dépassant pas en pessimisme les autres malades qu'il nous a été donné d'observer. Puis tout d'un coup la voilà deux mois après prise d'un accès de mélancolie anxieuse qu'on pourrait appeler aigu, puisque quelques jours après elle met fin à ses jours en se noyant dans le canal.

Dans nos observations c'est le seul cas de début éloigné, mais Tillebrown de Hambourg a vu des troubles mentaux naître après 3 et 4 mois, et Werth a vu 2 de ses malades devenir aliénées après leur sortie de l'hôpital, c'est-à-dire après guérison définitive. Musin (1) signale une malade qui « après une ablation du sein, pour un « squirrhe, vit ses facultés intellectuelles baisser pendant « un an, puis qui, 5 ans après, tomba d'attaques épileptiques à la suite desquelles elle fut atteinte de folie à laquelle l'épilepsie à imprimé son caractère particulier ».

Pour nous, dans nos observations personnelles, nous voyons que la folie a débuté de deux à quatre jours après

(1) Thèse, Lille, 1895 (obs. IV).

la cure complète du prolapsus (obs. I, III, IV, V), immédiatement après la tentative de dilatation du vaginisme (obs. VII), enfin deux mois après la cure du prolapsus (obs. II).

De tout ceci résulte que la folie consécutive aux interventions gynécologiques a un début variable, le plus ordinairement de un à six jours, allant quelquefois jusqu'à deux à quatre mois à partir du moment de l'opération. (Nous faisons une réserve à propos du cas de Musin qui ne nous semble pas avoir été interprété à sa juste valeur.)

Au point de vue de la marche de la psychose, de la lecture des observations que nous avons eues sous les yeux, il résulte que le délire post-opératoire gynécologique est un délire sérieux par ses conséquences ; assez souvent mortel, parfois chronique chez les prédisposés, et souvent bénin. Avons-nous eu affaire, dans nos observations personnelles, comme cela arrive si souvent en clinique, à une série malheureuse ? Toujours est-il que de nos sept malades, d'eux d'entre elles ont succombé et bien nettement du fait de leur psychose. La première, atteinte d'un accès violent de délire aigu qui amena la mort au bout du douzième jour, la seconde se suicidant dans un accès de mélancolie anxieuse. Une fois la malade conserva son délire qui deviendra certainement un délire chronique. En effet, la malade de l'observation V, atteinte de délire des persécutions à la suite de la cure radicale de son prolapsus, a été revue par M. le professeur Weiss ces jours derniers, et elle est tout aussi persécutée qu'auparavant. Enfin nos quatre autres malades ont guéri dans un laps

de temps s'élevant de 24 heures (obs. VII) à un, deux et quatre mois (obs. VI, IV, III).

Quelle est la fréquence de la folie consécutive aux interventions sur le système génital de la femme ?

Nous posons en fait et cela résulte de tous les ouvrages parus sur la question, que, parmi les folies post-opératoires, c'est celle qui nous occupe qui fournit le plus gros contingent. En effet, ce sont des gynécologues Barwell, Werth, Lawson Tait, etc., qui appellent l'attention sur les délires post-opératoires.

C'est un délire consécutif à une ovariectomie qui permet au professeur Mairé de rendre classique en France la question du délire post-opératoire. Dans la statistique du professeur Le Dentu, rapportée dans la thèse de Vène, sur un nombre total de 68 cas de troubles psychiques dus aux opérations de tout genre pratiquées par lui, on trouve 38 cas où l'opération avait été pratiquée sur les organes génitaux de la femme, et 30 cas sur des régions diverses du corps.

Rappelons encore, d'après Denis, la relation de la séance de la Société de chirurgie de Londres, où, après une communication de Barwell sur une manie consécutive à une ovariectomie, de tous côtés surgissent des relations de faits analogues observés par Lawson Tait, Doran, Mérédith, Edis, etc.

Signalons ce fait : M. le professeur Weiss nous a dit avoir fait 700 à 800 opérations environ depuis qu'il exerce et jamais en dehors des 7 faits que nous avons rapportés, qui se rapportaient tous aux organes génitaux de la femme, jamais il n'a observé de trouble mental suivre une de ses interventions.

Si nous mettons en regard de ces faits, les conclusions de Denis qui dit que la folie post-opératoire se rencontre 2,5 fois sur 100 opérations (ceci résulte de nombreuses statistiques qu'il a empruntées à des chirurgiens contemporains, principalement à des gynécologistes), si nous voulons bien admettre que la moitié ou même les $\frac{2}{3}$ de ces psychoses sont consécutives à des interventions gynécologiques, nous pourrions dire que sur 100 opérations portant sur les organes génitaux de la femme on observe 1,5 à 1,75 cas de folies post-opératoires.

Quels sont les organes parmi l'appareil génital de la femme qui prédisposent le plus à ces psychoses. Jusqu'à présent on a admis, et Musin le dit formellement dans sa thèse, que c'est l'ovaire qui semble plus prédisposé à être le point de départ de ce genre d'aliénation mentale ; l'ovariotomie aurait été signalée comme la grande coupable jusqu'à présent. Sans vouloir formuler une opinion absolue nous nous bornerons à reproduire les paroles de notre maître M. le professeur Weiss. « J'ai fait souvent des ovariectomies et jamais je n'ai eu d'accidents. J'ai fait 12 fois la cure radicale du prolapsus utérin (amputation de Schröder colporrhaphie antérieure, colpoperinéorrhaphie et j'ai eu 6 fois des accidents. »

Il serait à désirer que l'on publiât tous les cas de délires semblables à ceux que nous avons décrits. Le nombre en est assez restreint, et presque jamais dans les asiles on n'observe de cas de ce genre. (Pour notre compte, nous n'avons pu en trouver à l'asile de Maréville.) Et ceci se comprend facilement. Les délires post-opératoires sont le plus souvent bénins, ils ne deviennent que bien

peu souvent chroniques. De plus, les symptômes en sont le plus souvent peu accusés et la guérison survient assez vite, les malades ne viennent pas ou peu à l'asile, et s'ils sont surveillés par un entourage intelligent, ils peuvent rester chez eux pour être soignés efficacement.

Enfin il faut bien faire ressortir que jusqu'à il y a quelques années, en raison même de l'imperfection de l'antisepsie et du peu d'audace de la chirurgie abdominale, les délires post-opératoires (gynécologiques) ont pu être ou bien ignorés ou bien confondus avec les délires d'origine septique.

Ce sont surtout les chirurgiens qui pourront faire progresser la question plus encore que les aliénistes, en raison même des circonstances où naissent et évoluent ces psychoses.

CHAPITRE IV

Etiologie. — Pathogénie.

Quand, après une intervention chirurgicale portant sur les organes génitaux de la femme, on voit survenir des troubles mentaux passagers ou persistants, bien distincts par leurs caractères du délire urémique par exemple, ou du *delirium tremens*, y a-t-il simple coïncidence, ou y a-t-il relation de cause à effet entre l'opération pratiquée et la psychose qui évolue ensuite ?

Nous n'hésiterons pas à répondre par l'affirmative, car le nombre de faits connus est assez grand et le prouve surabondamment. Ce qui le fait ressortir plus nettement encore, c'est que si dans la plupart des cas l'hérédité vient apporter son concours déplorable, on en a cité d'autres assez fréquents, et on a pu en remarquer parmi nos observations, où rien dans les antécédents personnels ou héréditaires de la malade n'aurait pu faire soupçonner *à priori* l'éclosion d'un délire post-opératoire.

Donc l'opération gynécologique nous semble-t-elle être un facteur important dans la genèse du délire post-opératoire. Et par opération nous n'entendons pas seulement le simple traumatisme opératoire mais encore toutes les circonstances qui l'accompagnent.

Cependant, nous objectera-t-on, comment se fait-il qu'une opération puisse avoir une si grande importance. Ne voyons-nous pas tous les jours pratiquer des opérations dont la longueur et la gravité dépassent bien souvent celles que vous nous relatez ? et jamais ou presque jamais on ne voit naître de délire. Si le traumatisme opératoire avec son cortège d'émotions précédant ou suivant l'acte chirurgical a une si grande influence nocive, comment se fait-il que nous n'observions pas plus souvent de ces folies ?

Nous insistons sur ce fait que les opérations dont nous nous occupons sont toutes des interventions sur l'appareil génital de la femme, et nous rappellerons encore une fois ce que nous disait M. le professeur Weiss : J'ai fait entre 600 et 700 opérations et jamais je n'ai vu de délire post-opératoire sauf dans les 7 cas consécutifs à des interventions gynécologiques.

Au mot opération, il faut donc ajouter le mot gynécologique ; car bien des faits plaident par analogie en faveur du rôle étiologique de l'opération gynécologique dans la genèse du trouble mental.

Les troubles du côté des organes génitaux de la femme ont été signalés de tout temps comme une des causes les plus fréquentes de psychoses.

« La menstruation, dit Morel (1), est certainement la fonction physiologique qui a été le plus souvent incriminée dans la recherche des causes de la folie. L'établissement des règles à la puberté est quelquefois l'occasion

(1) Morel, *Traité des mal. mentales*, Paris, 1860, 1896.

de troubles psychopathiques ; d'autres fois le délire précède les premières règles, dont l'apparition rétablit la santé mentale. » Mais souvent, au contraire, ajoute Toulouse (1), ces troubles psychiques coïncident avec les premières menstrues et persistent plus ou moins longtemps.

Dans les asiles, à l'époque des règles on voit bien souvent survenir une recrudescence des symptômes délirants sous l'influence de cet afflux sanguin. Chez certaines femmes la période menstruelle ramène avec assez de régularité un état mental spécial consistant en des obsessions et des impulsions diverses. Combien de fois la ménopause n'a-t-elle pas été suivie de vésanies ? ce moment, qui est si souvent suivi de troubles généraux, est chez la femme un âge d'élection pour l'apparition des psychoses (2).

La puerpéralité, elle aussi, est un gros facteur de l'aliénation mentale ; c'est une chose banale que de signaler aujourd'hui les changements de caractère, les bizarreries d'humeur de la femme enceinte, ses envies et toutes ces formes de délire naissant pendant et après la grossesse. L'utérus distendu par le produit de la conception apporte un tel trouble dans le fonctionnement de l'organisme que, chez les personnes prédisposées, ce changement supporté si souvent sans trouble amène facilement une perturbation profonde des facultés intellectuelles. Du reste malgré le petit nombre de folies puerpérales en regard de l'immense quantité d'accouchements normaux sous ce rapport, c'est un fait banal que de signaler la constance de

(1) Toulouse, *Les causes de la Folie*, Paris, 1896.

(2) Garat, Thèse de Paris, 1892.

légers troubles dans l'émotivité, la volonté, la manière d'être et de sentir de toutes les femmes enceintes. Il y a là relation de cause à effet.

De même, l'opération pratiquée sur les organes génitaux de la femme viendra perturber le fonctionnement de ces organes dont les troubles physiologiques ou pathologiques peuvent influencer si fâcheusement sur les fonctions cérébrales.

Mais comment agit le traumatisme ? Doit-il être considéré comme le seul coupable, est-il capable de produire à lui seul et par acte réflexe une folie, ou bien à côté de lui n'y a-t-il pas d'autres facteurs étiologiques importants ? La question est difficile à trancher. La richesse en éléments nerveux des organes abdominaux permet de croire qu'une intervention pratiquée dans cette sphère pourra par la voie du grand sympathique retentir jusque sur l'axe cérébro-spinal. L'expérimentation ici serait d'un grand secours pour vérifier cette hypothèse, mais il n'y faut pas songer. Pour nous, et ceci résulte de la lecture des nombreuses observations qu'il nous a été donné de parcourir, il y a relation de cause à effet entre le traumatisme et la production de la psychose.

Du reste, qu'y a-t-il d'étonnant à cela puisque la simple grossesse et même la menstruation ont tant de fois amené des troubles cérébraux ? Un traumatisme opératoire apporte un grand trouble dans l'innervation viscérale ; les excitations réflexes se multiplient et nous semblent par leur intensité pouvoir apporter un trouble persistant dans la vie psychique du sujet opéré.

Mais dans le cas présent nous croyons que pour les

folies post-opératoires gynécologiques, le facteur étiologique important provenant des organes génitaux eux-mêmes doit être mis à côté du traumatisme opératoire. Nous voulons parler des maladies antérieures du système génital contre lesquelles l'intervention a été jugée nécessaire. En un mot, à côté des cas où le traumatisme opératoire est le seul coupable, sans qu'on puisse invoquer l'hérédité, nous croyons et en ceci nous pensons comme Mairet, Denis et Musin, que souvent le traumatisme opératoire n'est que la « goutte d'eau qui fait déborder le vase ». La femme qu'on opère souffre déjà depuis longtemps, son caractère s'est assombri, elle s'est concentrée sur son utérus malade, elle éprouve de terribles appréhensions pour une maladie dont elle ressent les symptômes sans en pouvoir suivre des yeux l'évolution. Pour peu qu'elle soit prédisposée, deux choses peuvent arriver : ou la vésanie éclate à l'occasion de la maladie, ou bien la malade arrive démoralisée, détraquée, si nous pouvons parler ainsi, pour se faire opérer. Son appréhension, ses terreurs augmentent de jour en jour, et le traumatisme opératoire est le coup final qui fait tomber dans la folie un cerveau déjà vacillant.

Depuis longtemps déjà on signale les rapports qui existent entre l'existence de lésions ou de maladies des organes génitaux de la femme et la production de la folie. Loiseau (1) et Azam (2) en font une des causes fréquentes des troubles mentaux ; Morel (3) est du même avis. Pour

(1) Thèse de Paris 1856, *De la folie sympathique*.

(2) *De la folie sympathique provoquée et entretenue par les lésions de l'utérus et de ses annexes*, Bordeaux, 1858.

(3) *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 185.

Azam les maladies organiques de l'utérus et des annexes sont une cause de folie sympathique. La forme qu'il a rencontrée le plus souvent est la lypémanie avec idées de suicide. Le nombre de ces folies, ajoute-t-il, est plus considérable qu'on ne le croit généralement et s'il en a été fait jusqu'ici peu mention c'est que les lésions utérines ont été inaperçues. Il dit même plus loin, et nous sommes loin de partager sa conviction : La guérison des maladies curables de l'utérus entraîne celle de l'aliénation mentale. Nous avons pu voir en effet chez nos malades, qu'un résultat anaplastique parfait n'a pu suffire à amener l'amélioration mentale. Les auteurs qui ont ensuite étudié la question sont arrivés à peu près aux mêmes conclusions, cependant Ball et Dagonet font exception.

« Les hallucinations et les idées érotiques, dit Toulouse, sont assez souvent entretenues par les lésions des organes génitaux. Dans tous les cas de maladies de ces organes, il est difficile de faire la part des phénomènes inflammatoires, de la cachexie, des troubles de sécrétion ovarique (nous reviendrons plus loin sur ce point), des réflexes douloureux, des effets moraux. »

Tout cela a pour nous une grande importance, car le prolapsus utérin dont nous citons cinq exemples suivis de délires divers, est une des affections utérines qui frappent le plus les malades, qui les préoccupent vivement.

Le plus souvent ils accusent des tiraillements pénibles, une sensation de pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les reins, une grande fatigue pendant la marche, l'impossibilité de soulever des objets pesants, de la leucorrhée et des phénomènes de constipation et de ténésme

vésical (Bouilly). Tous ces symptômes sont supportés avec une grande impatience, et il n'est pas étonnant que chez des malades tarées la psychose puisse éclater au cours de leur affection, ou à l'occasion du traumatisme opératoire.

De même pour la malade qui fait l'objet de l'observation VII, les souffrances éprouvées depuis bien longtemps avaient amené un état nerveux inquiétant qui avait fait hésiter sur l'invention, à laquelle succéda un accès maniaque aigu.

Un troisième facteur étiologique a été invoqué, c'est la suppression d'organes importants, le trouble de la sécrétion ovarique interne. Admise par quelques auteurs, la question est peu aisée à trancher. N'a-t-on pas dans ces dernières années cherché l'origine de troubles nerveux graves dans les maladies chroniques des ovaires ? La guérison par la castration est venue souvent confirmer cette manière de voir. L'opération, guérissant par l'ablation d'organes malades, ne peut-elle pas dans d'autres circonstances, en lésant ces mêmes organes, être la cause de névroses ? Nous rappellerons les faits cités dans ces dernières années d'ovariotomies faites dans le but de calmer l'état de surexcitation nerveuse chez des hystériques, amener chez ces dernières des symptômes de folie qui dans certains cas ont persisté pour passer à la chronicité.

La question reste obscure et nous ne saurions prendre parti.

La grande cause qui domine l'étiologie de l'aliénation mentale est l'hérédité.

« Il existe une grande cause de l'aliénation, cause

primordiale, cause des causes, l'hérédité qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération.» (Trélat) (1).

L'hérédité biologique, dit Sanson (2), est la transmission des ascendants aux descendants par voie de génération sexuelle des propriétés ou qualités naturelles ou acquises.

La plupart des aliénistes ont remarqué la fréquence des troubles mentaux chez les ascendants des aliénés. Les statistiques parlant sur l'hérédité varient, depuis Morel qui trouve 20 cas d'hérédité sur 100 folies jusqu'à Moreau de Tours qui arrive à donner le chiffre de 90 pour 100. C'est dire qu'à mesure que la psychiatrie est entrée dans la voie de l'observation scientifique, l'attention s'est portée davantage sur le facteur hérédité. Du reste, il y a une grande cause d'erreur qui ne permet pas de recueillir tous les faits connus : c'est la dissimulation bien naturelle des personnes interrogées qui hésitent si souvent à livrer des tares familiales par une espèce de honte pour eux-mêmes et par une répugnance instinctive, ou bien il arrive souvent qu'elles ignorent ce qu'on leur demande. Nous ferons remarquer que dans les asiles publics où les renseignements sont difficiles à obtenir, on trouve moins de pour cent de cas d'hérédité que dans les maisons particulières où les confidences se font plus facilement et où les renseignements sont mieux recueillis. Dans les observations que nous citons, nous avons eu parfois la certitude que la folie post-opératoire avait été la première manifestation mentale morbide, mais cela est l'ex-

(1) Trélat, *Des causes de la Folie* (Ann. Médico. Psychol., 1856, III, 174).

(2) Sanson, *L'hérédité normale et pathologique*, 1893.

ception. La malade qui fait le sujet de l'observation II n'avait aucune hérédité et, de plus, ses antécédents personnels étaient particulièrement nets. Cependant, après l'intervention, elle est prise d'un accès de mélancolie dépressive et finit par se suicider.

A part la malade de l'observation V qui fit un délire des persécutions et qui avait un bilan héréditaire très chargé, celle de l'observation X sur laquelle on n'eut que des renseignements incomplets, jamais nous n'observons d'antécédents héréditaires lourds ; on note bien par ci par là de la nervosité chez les parents, mais jamais de ces délires types qui pèsent d'un poids si lourd sur les générations suivantes.

Et cependant, nous demeurons sceptiques à ce sujet, car, dans presque tous les cas que nous citons, on a eu de la difficulté à faire ces recherches familiales ; on n'a interrogé les antécédents qu'après l'évolution du délire, car, avant l'opération, on ne pouvait se douter (n'y étant pas encore accoutumé) de l'évolution morbide mentale qui allait suivre. Une fois le danger passé, ou la mort survenue, alors que l'on essaye de rechercher la part de l'hérédité dans la genèse des phénomènes, on trouve, comme nous le signalons plus haut, le plus grand mauvais vouloir. Malgré la contradiction apparente entre notre conclusion et nos observations, nous sommes persuadé, et en cela nous sommes d'accord avec ceux qui nous ont précédé, que l'hérédité joue le plus grand rôle dans la genèse des délires consécutifs aux traumatismes opératoires gynécologiques.

Les prédispositions personnelles jouent aussi un rôle

des plus importants. Dans toutes nos observations, sauf dans deux, on voit que les malades qui ont présenté des troubles mentaux dans les circonstances que nous avons relatées, avaient eu, dans leur existence antérieure, des symptômes de nervosité dus, tantôt à une prédisposition congénitale, tantôt à des contrariétés morales, le plus souvent aux souffrances dont elles avaient eu à ressentir les effets déprimants. Mais jamais, et il faut souligner ce fait, jamais aucune d'elles, avant l'opération, n'avait été atteinte d'aliénation mentale franche, et les troubles psychiques observés jusque-là n'avaient jamais été au-delà d'un simple délire.

Nous n'avons pas, différant en cela des observateurs dont nous avons cité les noms dans le cours de ce travail, trouvé l'alcoolisme parmi les antécédents de nos malades. Est-ce dû aux hasards de la clinique ? Peut-être.

On a signalé comme facteur étiologique l'action des antiseptiques et des anesthésiques. Peut-être devons-nous réserver une part à l'action du chloroforme pour la malade objet de l'observation VII. Chez elle en effet, le délire a été consécutif à une simple application du spéculum faite pour dilater le vagin. Il a offert tous les caractères d'un délire toxique, agitation violente suivant immédiatement le réveil chloroformique et cessant au bout de 24 heures pour ne plus reparaître. Mais à notre avis, pour les autres cas, il ne faut pas attacher une importance à ces facteurs. Notons ce que nous le disait M. le professeur Weiss : Remarquez que jamais je n'ai eu d'accidents mentaux dans des interventions portant sur des organes autres que les organes génitaux de la femme ; j'ai endormi

bien souvent, j'ai eu à me servir de quantités considérables d'iodoforme dans des opérations plus sérieuses, et jamais je n'ai rien vu. Du reste dans les cas qui nous sont personnels aussi bien que dans ceux que nous avons rapportés, l'anesthésie chloroformique ne présenta jamais d'accidents, sauf pour la malade de l'observation IV chez laquelle on fut obligé de saisir la langue à cause d'une légère syncope, et jamais on n'employa d'iodoforme à dose massive.

Nous croyons devoir faire entrer encore en ligne de compte deux faits dont le premier a été déjà signalé par des gynécologistes.

On a déjà signalé les malaises parfois fort graves consécutifs à la *constipation* que l'on est obligé d'instituer après les opérations gynécologiques, en particulier après la cure radicale du prolapsus utérin (dans le but de ménager le périnée). Les malades que Monsieur le professeur Weiss a traitées pour cette affection et guéries par le procédé que nous avons relaté dans nos observations, se sont toutes plaintes aussi bien celles qui ont guéri sans accidents mentaux, que celles qui ont eu des délires post-opératoires. Ces malaises qui ne se présentent point lorsqu'on ne constipe pas les malades sont des phénomènes d'auto-intoxication, et nous paraissent intervenir comme adjuvants dans la genèse de ces psychoses. Du reste on sait, depuis que l'attention a été portée sur ce point, combien fréquentes sont les folies par auto-intoxication. Les observations sont assez nombreuses où des troubles psychiques se sont développés avec la constipation (1) et

(1) Feyat, *Constipation et phénomènes toxiques*, thèse Lyon, 1889.

ont disparu avec elle ou à la suite du curage du rectum. L'auto-intoxication d'origine urinaire ne nous paraît pas devoir entrer en ligne de compte car jamais nous n'avons relevé de troubles de ce côté. Enfin nous signalerons aussi comme cause adjuvante possible la longueur des opérations pratiquées. Ainsi dans les cures radicales de prolapsus utérin l'opération dure 1 h. 1/2 quand on veut faire une amputation de Schroeder, une colporraphie antérieure et une colpo-périneorrhaphie. N'est-ce pas trop pour une seule séance et ne ferait-on pas bien d'espacer les interventions ?

De tout ceci il nous semble résulter que si l'opération est rarement la seule cause de la psychose post-opératoire, elle agit comme cause déterminante de premier ordre chez des prédisposées héréditairement ou personnellement, en tenant compte aussi des phénomènes d'auto-intoxication consécutifs à la constipation. Nous refusons aux anesthésiques et aux antiseptiques l'action prépondérante que quelques-uns leur ont réservée.

CHAPITRE V

Traitement.

Y a-t-il un traitement spécial de la folie post-opératoire gynécologique ? Nous ne le pensons pas. La thérapeutique de ces délires sera la même que pour les autres de caractère analogue. Seulement il faudra tenir compte des quelques indications qui résultent de la pathogénie de la manifestation mentale. C'est ainsi que le rectum devra être surveillé et qu'il faudra, en cas de constipation opiniâtre inopinée ou voulue mal supportée par la malade, faire cesser cette constipation, au risque d'amener des troubles du côté du périnée. De même on fera bien d'examiner attentivement les urines, et en cas de néphrite, d'appliquer le régime lacté rigoureux, de peur que l'intoxication urinaire ne vienne ajouter un élément nocif étranger au délire post-opératoire.

On se méfiera de l'iodoforme si l'on a des raisons de croire que son emploi en trop grande quantité est nuisible.

Quant à la suite des opérations gynécologiques, on n'observera que de simples troubles neurasthéniques, qui existaient déjà, mais moindres avant l'intervention, la suggestion faite le plus souvent à l'état de veille par le médecin, qui a une grande influence sur sa malade, ou par

un entourage intelligent, pourra rendre de grands services (Obs. IV).

Enfin, nous voulons dire un mot des *indications opératoires*. En présence de ces faits que nous avons signalés et que d'autres ont signalés avant nous, il sera utile, croyons-nous, d'interroger, avant de pratiquer une intervention sur les organes génitaux de la femme, les antécédents héréditaires et personnels de la malade que l'on se propose d'opérer, et si nous trouvons des antécédents héréditaires chargés, une prédisposition nerveuse personnelle très marquée, abstenons-nous ou du moins n'agissons qu'avec la plus grande réserve en prévenant l'entourage des faits qui pourront se produire.

C'est ainsi que M. le professeur Weiss fut appelé dernièrement pour le cas suivant : Il s'agissait d'une femme de Toul mariée, un enfant, atteinte d'extrophie du col avec chute de la vessie et du rectum. Notre maître avait l'intention de faire une amputation du col, selon la méthode de Schröder, quand un de ses confrères de l'armée appela son attention sur ce fait que la malade avait été antérieurement prise d'un accès franc de mélancolie ; de plus, à plusieurs reprises, cette malade avait eu des accès de catalepsie. Instruit par la série de cas qu'il avait observés, M. Weiss refusa d'intervenir.

Suivant son exemple, nous estimons qu'on doit refuser l'opération quand elle est proposée dans de semblables circonstances.

CONCLUSIONS

1° Il y a un lien réel, et relation de cause à effet entre le traumatisme opératoire gynécologique et la folie consécutive à ce traumatisme.

2° Les traumatismes opératoires gynécologiques entrent pour la bonne moitié dans les cas de folie post-opératoire.

3° L'opération peut être la cause principale et suffisante de la folie post-opératoire. Cependant le plus souvent le rôle principal dans la genèse du trouble mental revient à la prédisposition héréditaire ou acquise, le traumatisme opératoire ne joue en ce cas que le simple rôle de cause adjuvante.

4° Les troubles d'auto-intoxication par suppression d'organes importants (?) ou par constipation paraissent jouer le rôle de cause productrice adjuvante.

5° Les troubles mentaux débute le plus souvent dans les huit premiers jours après l'intervention, mais aussi peuvent survenir jusqu'à deux à quatre mois après, lorsque la malade est remise de son traumatisme opératoire, et complètement guérie.

6° Toutes les vésanies ont été observées, mais surtout la mélancolie, quelquefois avec idées hypocondriaques et idées de suicide, et la manie aiguë.

7° Le plus souvent les troubles mentaux sont passagers, souvent aussi ils sont mortels, et parfois ils passent à la chronicité.

8° La thérapeutique sera une thérapeutique de symptômes.

9° Chaque fois qu'on aura eu à intervenir par une opération sur les organes génitaux de la femme, il sera bon d'interroger les antécédents de la malade, et sage de s'abstenir si ceux-ci sont trop chargés.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 27 juin 1896.

TH. WEISS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 27 juin 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AZAM. — Folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et ses annexes. (Bordeaux 1858.)
- BALDY. — Frequency of insanity following Gynecological opération. (*Medical g. Détroit*, 1892.)
- BALL et RITTI. — Délire nerveux traumatique. (*Dict. encyclopédique*, 1882.)
- BARWELL. — Communication in the *Britisch médical Journal*. (Mars 1885.)
- BOUVAT. — Thèse, Lyon, 1883.
- BOUVERET. — La neurasthénie, Paris, 1891.
- BOYÉ. — Thèse, Montpellier, 1880.
- Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. (Discussion sur le prolapsus utérin, 1893.)
- CHRISTIAN. — Traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. (*Arch. de neurologie*, nos 52 et 53.)
- CLARK. — Fonctions sexuelles et de reproduction dans ses rappports avec la folie. (*Journal of mental science*, oct. 1888.)
- Congrès (2^e) de Gynécologie allemande, Halle 1888. (*Arch. für Gynecologie*, 1888, p. 457.)
- DENIS. — Thèse, Montpellier, 1889.
- DUPUYTREN. — *Mémoire sur les fractures du péroné*, 1819.
- *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1839.
- FESTAL. — Du délire nerveux traumatique. (*Dict. encyclopédique*, 1882.)

- GUINON. — Thèse, Paris, 1888.
- LAWSON TAIT. — *Traité clinique des maladies des femmes.* (Traduction Varmer et Weiss, Martin, Paris, 1891.)
- LEVINSTEIN. — *Pathologie und Therapie der psychischen Kranken.*
- LOISEAU. — Thèse, Paris, 1856.
- MAIRET. — *Bulletin médical*, août 1889.
- MAIRET. — *Etude sur les rapports qui existent entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale.* (*Montpellier médical*, 1880-82.)
- MOREL. — *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860.
- MUSIN. — Thèse, Lille, 1895.
- OPENHEIM. — *Psychoses traumatiques*, Berlin, 1889.
- OSTERMAYER. — *Durch Gynœkologische Behandlung Geheilte Psychose.* (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatria*, Juil., 1892.)
- POZZI. — *Gazette méd. de Paris*, août 1890.
- RÉGIS. — *Ann. méd. psych.*, janvier 1890.
- RÉGIS ET CHEVALIER-LAVAURE. — *Les auto-intoxications dans les maladies mentales.* (*Rapport au Congrès de médecine mentale*, de La Rochelle, 1893.)
- ROUGIER. — Thèse, Paris, 1891.
- SERRIGNY. — Thèse, Lyon, 1896.
- TOULOUSE. — *Les causes de la folie*, Paris, 1896.
- VALLON. — Thèse, Paris, 1882.
- VÈNE. — Thèse, Paris, 1891.
- WERTH. — *Berlin. Klin. Woch.*, 27 août 1888.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
CHAPITRE PREMIER	
Historique.....	9
CHAPITRE II	
Observations.....	17
CHAPITRE III	
Symptomatologie.....	37
CHAPITRE IV	
Étiologie et Pathogénie.....	49
CHAPITRE V	
Traitement.....	61
CONCLUSIONS.....	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	85

